

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913-14

THÈSE

N°.....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Contribution à l'Etude

DES

Rapports réciproques du Goître exophtalmique

ET DE

L'ÉTAT PUERPÉRAL

PAR

L. BOISROUX

Né à St-Laurent-de-Terregatte (Manche), le 18 février 1888
Externe (Lauréat) des Hôpitaux

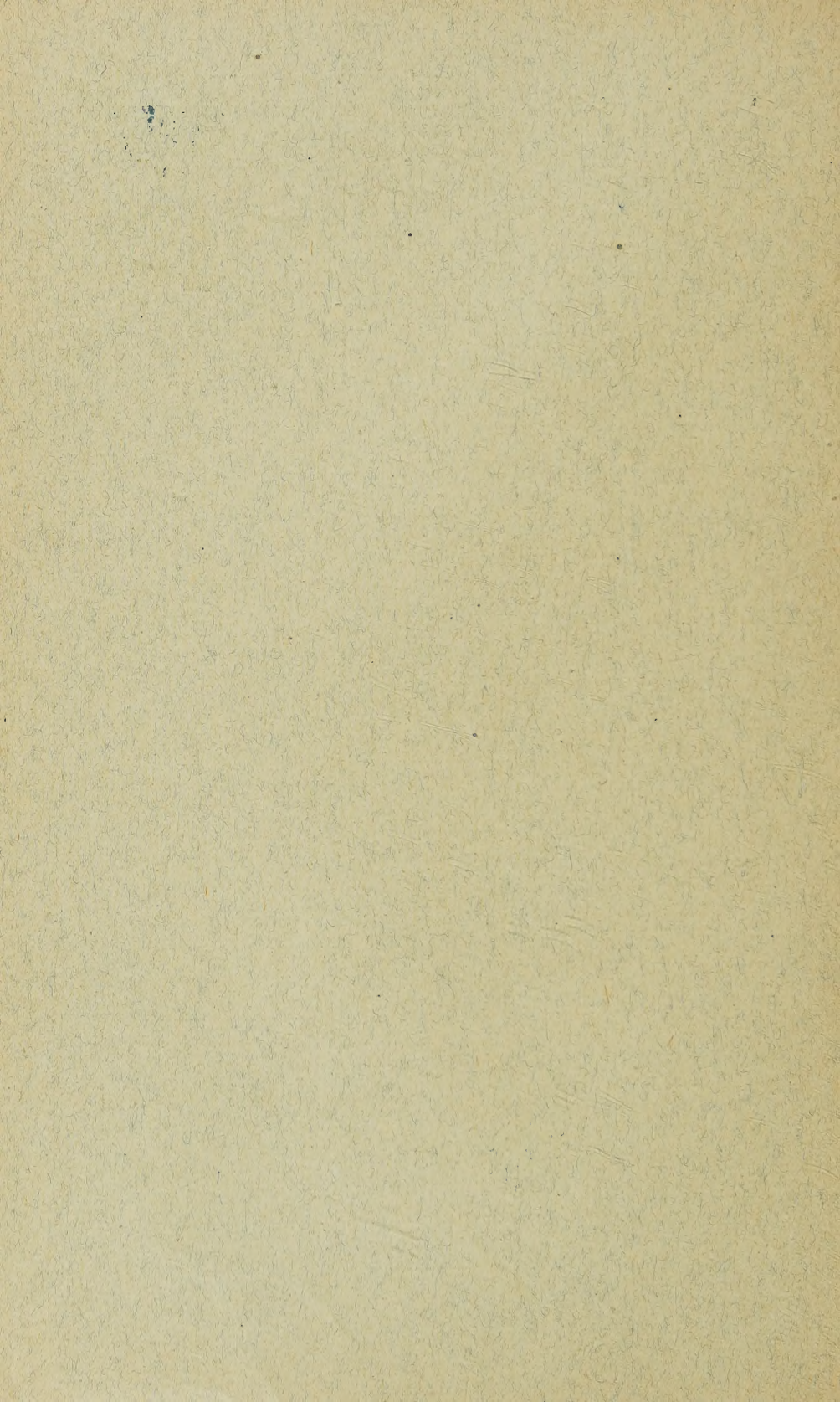
Président : M. BAR, *Professeur*



PARIS

ALFRED LECLERC, ÉDITEUR
19, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 19

1914



127

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913-14

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

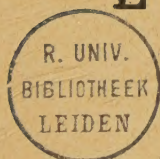
Contribution à l'Etude

DES

Rapports réciproques du Goître exophtalmique

ET DE

L'ÉTAT PUERPÉRAL



PAR

L. BOISROUX

Né à St-Laurent-de-Terregatte (Manche), le 18 février 1888

Externe (Lauréat) des Hôpitaux

Président : M. BAR, Professeur



PARIS

ALFRED LECLERC, ÉDITEUR

19, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 19

1914

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. D. LANDOUZY
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	NICOLAS
Physiologie.....	CH. RICHEL
Physique médicale.....	WEISS
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générale.....	ACHARD
Pathologie médicale.....	WIDAL
Pathologie chirurgicale.....	TEISSIER
Anatomie pathologique.....	LEJARS
Histologie.....	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.....	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.....	AUGUSTE BROCA
Thérapeutique.....	POUCHET
Hygiène.....	MARFAN
Médecine légale.....	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.....	LETULLE
	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale.....	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants.....	GILBERT BALLE
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- cephale.....	GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	DEJERINE
Clinique des maladies du système nerveux.....	PIERRE DELBET
Clinique chirurgicale.....	QUENU
	RECLUS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchement.....	PINARD
	RIBEMONT DES
	SAIGNES
Clinique gynécologique.....	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.....	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	GUENIOT	LERI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LEPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JOUSSET ANDRÉ	MOCQUOT	SAUVAJE
CAMUS	LABBE MARCEL	MULON	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LANGLOIS	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMARET	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Témoignage de profonde reconnaissance et de filiale affection.

A MES TANTES M. ET A. BOISROUX

A MES PARENTS

A MES AMIS

A LA MÉMOIRE DE M. LE PROFESSEUR DESPLATS

A M. BONNET-LABORDERIE

Chef de Clinique à la Maternité Ste-Anne à Lille

A TOUS MES MAÎTRES

De la Faculté libre de Médecine de Lille

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR

Professeur de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Médecine

Accoucheur de la Clinique Tarnier
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

INTRODUCTION

Le goître exophtalmique ou maladie de Flajani-Graves-Basedow est un syndrome essentiellement constitué par une hypertrophie plus ou moins accentuée du corps thyroïde, une saillie des yeux parfois très marquée, enfin par des troubles fonctionnels du cœur, consistant surtout en tachycardie, et par du tremblement.

Ces symptômes cardinaux s'accompagnent de signes secondaires, non moins importants. Ce sont des troubles vaso-moteurs, sensitifs, sécrétoires, cutanés, psychiques, urinaires et des troubles génitaux : aménorrhée et dysménorrhée, qui sont constants.

Les perturbations génitales ne doivent pas nous étonner puisque les relations fonctionnelles entre l'ovaire et le corps thyroïde sont chose certaine. On a même formulé une conception pathogénique thyro-génitale de la maladie de Basedow. Il est logique d'admettre que les modifications d'un système glandulaire puissent amener des changements dans

le système qui lui est relié physiologiquement. Aussi n'est-il pas surprenant que la grossesse ait un retentissement sur la fonction thyroïdienne et réciproquement.

Dans ce travail, nous étudierons l'influence de la grossesse sur la maladie de Basedow et la répercussion du goître exophtalmique sur la gravidité et la puerpéralité.

Nous remercions M. Bonnet-Laborderie, chef de clinique de la Maternité Ste-Anne, à Lille, de nous avoir suggéré l'idée de traiter ce sujet, en nous donnant une observation, et M. le Professeur Bar de nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Division

CHAPITRE I. — Généralités.

CHAPITRE II. — Influence de la grossesse sur le goître exophthalmique.

A. Influence mauvaise.

B. Influence favorable.

CHAPITRE III. — Action du goître exophthalmique sur la grossesse.

A. Action néfaste.

B. Aucune action.

CHAPITRE IV. — Conséquences.

CONCLUSIONS.

CHAPITRE I

Généralités

Les phénomènes de suppléance dans le fonctionnement des organes de l'économie sont bien connus. Les glandes à sécrétion interne n'échappent pas à cette règle ; au contraire, leur solidarité s'affirme de plus en plus. A cet égard, on est frappé des relations étroites qui existent entre la fonction thyroïdienne et la fonction génitale. Et les preuves en sont nombreuses.

L'expérimentation nous apprend que les animaux parathyroïdectomisés, qui peuvent survivre au traumatisme opératoire, ne tardent pas à présenter des troubles des organes génitaux, dont l'atrophie est constante. A l'appui de cette idée, viennent

s'ajouter les curieux résultats des expériences de Lanz et surtout celles du médecin italien Geni sur les animaux de basse-cour. Les poules thyroïdectomisées pondent moins d'œufs et des œufs beaucoup plus petits que ceux des poules témoins de la même couvée.

De même les cas pathologiques concernant les affections du corps thyroïde confirment les données de l'expérimentation. Ainsi, les basedowiens et les myxœdémateux ont, comme les animaux en expérience, des troubles dans la sphère génitale. La femme, en particulier, prédisposée probablement par sa fonction menstruelle, est plus sujette aux maladies thyroïdiennes. Le goître exophtalmique est, en effet, une maladie presque exclusivement féminine et les statistiques nous montrent qu'on la trouve six fois plus chez la femme que chez l'homme. La maladie de Basedow survient à la puberté, quand les règles ne s'établissent pas. On la voit apparaître chez la femme adulte dont les règles ont disparu, soit à la suite d'une grossesse, soit après une castration. Chez la femme plus âgée enfin, il n'est pas rare d'assister à son éclosion, quand, à l'époque de la ménopause, les règles se suppriment.

Qu'il y ait des rapports entre le goître exophtalmique et la menstruation, ce n'est pas douteux. Charcot les signalait déjà en 1856 et Aran y faisait allusion dans le travail qu'il lut à l'Académie, car il conseille à propos du traitement « tous les moyens

propres à congestionner l'utérus et à régulariser la fonction menstruelle. »

L'attention de Trousseau avait été frappée par la suppression des menstrues. « En effet, dit-il, toutes les femmes qui sont affectées de la maladie de Graves présentent depuis longtemps des troubles de la menstruation. D'abord la fonction s'est faite irrégulièrement, puis bientôt a été supprimée, et, lorsqu'elle se rétablit, les femmes semblent toucher à leur guérison, tandis qu'ils prennent, au contraire, une exagération très grande lors des époques où devraient apparaître les règles. J'avais donc raison de ne point considérer l'aménorrhée comme un phénomène d'importance secondaire, et je suis tenté au contraire de lui accorder une part considérable dans l'étiologie, dans la marche et dans la durée de la maladie. »

Voici une observation très caractéristique, recueillie dans la thèse de Clérét, qui montre bien les relations entre les ovaires et le corps thyroïde.

« Il s'agit d'une jeune fille de 22 ans qui présente un goître exophtalmique typique et complet depuis plusieurs années. Cette jeune fille, contrariée dans son affection, vit 9 mois sur 12 à la campagne. A la campagne, elle n'a jamais ses règles. Par contre, les symptômes de basedowisme s'exagèrent à l'excès. Quand elle rentre à Paris, où elle mène une vie mondaine, avec réceptions, bals, etc..., les règles réapparaissent, faiblement le premier mois, à peu près normales le second. Parallèlement, les signes

de goître exophtalmique diminuent. D'abord l'exophtalmie devient moins apparente. La nervosité s'atténue, puis le cou diminue, au point de permettre le décolletage, quand les règles sont réapparues normales. Tant que durent les règles, les signes de goître exophtalmique disparaissent au point de passer inaperçus. »

M. Pinard a publié un grand nombre d'observations où les symptômes du goître exophtalmique disparurent quand les règles se montrèrent régulièrement. Nous ne citerons que la suivante.

« Mlle R..., appartient à une famille de nerveux. Réglée pour la première fois à 21 ans. Irrégulièrement jusqu'à 27 ans. A cette époque (sous l'influence d'un grand chagrin) *aménorrhée* suivie de l'apparition d'un goître exophtalmique qui dure 3 ans. Pendant que toutes les médications étaient employées, les *règles reparurent régulièrement* et alors le goître exophtalmique disparut. »

Mais la suppression physiologique de la menstruation, c'est-à-dire la grossesse exerce-t-elle une influence sur le goître exophtalmique et réciproquement la maladie de Basedow peut-elle avoir une répercussion sur la gestation ?

Dès l'année 1850, cette question fut étudiée. En France, Charcot publia la première observation relatant l'influence heureuse de la grossesse sur la maladie de Basedow.

Trousseau en rapporte quelques cas dans les cliniques de l'Hôtel-Dieu.

Depuis lors, les travaux sur ce sujet n'ont pas manqué ; c'est aux plus récents que nous emprunterons des documents.

Lange avait remarqué que l'hypertrophie thyroïdienne est de règle chez la femme enceinte. Sur un ensemble de 133 gestantes, il l'a rencontrée 108 fois, alors qu'aucune tuméfaction du cou n'existait avant la fécondation. De plus, lorsque le goître était apparu avant la grossesse, il subissait presque toujours un accroissement au cours de celle-ci. Il admet encore que l'hypertrophie thyroïdienne apparaît plus tôt chez la multipare. C'est ordinairement vers le 5^e mois qu'elle débute, pour disparaître à partir du 7^e jour des suites de couches ; tandis qu'elle se montrerait au 6^e mois chez la primipare. Lange considère ce phénomène comme physiologique et destiné à neutraliser les effets de l'auto-intoxication qui prend sa source dans l'organisme maternel.

C'est à la même conclusion qu'aboutissent les expériences faites dans le laboratoire de M. Gley en 1911 et citées dans la thèse de Cléret, la même année. « A côté de la fonction de sécrétion, dit-il, la glande thyroïde possède une fonction antitoxique. Le corps thyroïde élabore une substance qui neutralise d'autres substances nuisibles fabriquées par l'organisme (Schiff., Colzi). En effet, si après une thyro-parathyroïdectomie totale, on fait une saignée ou un lavage du sang à l'animal, on évite les accidents consécutifs à l'intervention (Fano et Zan-

da), ce qui prouve qu'il existe dans le sang de ces animaux un poison qui aurait été neutralisé par la glande thyroïde. Il est vraisemblable qu'il en est de même chez les Basedowiens et l'on arrive à cette conclusion que la maladie de Basedow relève de deux causes : 1° un facteur mécanique ; 2° un agent toxique, non neutralisé par l'insuffisance fonctionnelle antitoxique du corps thyroïde ; et la fréquence du goître exophtalmique chez les femmes, permet de penser que la toxine à détruire vient d'un trouble fonctionnel des glandes génitales. »

Lange avait encore remarqué, dans les observations publiées dans son mémoire, que, sur les 25 femmes n'ayant présenté aucune modification apparente du corps thyroïde, 22 avaient eu de l'albuminurie. Assurément, on peut invoquer une simple coïncidence, car c'est un accident assez fréquent au cours de la gestation, mais Lange a voulu démontrer par l'expérimentation qu'il y avait relation de cause à effet. Pour cela, il opérait sur deux séries de chattes : La première se composait de chattes non gravides, auxquelles il enlevait les 4/5 de l'appareil thyroïdien et qui servaient de témoins. On n'observait aucun accident. La même opération pratiquée sur des chattes gravides, déterminait de l'albuminurie avec lésions épithéliales du rein. L'ingestion de thyroïdine suffisait à faire disparaître, ou tout au moins à atténuer, cette albuminurie expérimentale.

Le traitement venait donc confirmer l'hypothèse émise.)

Ce résultat permit à Nicholson et à Vassale de formuler la théorie de l'insuffisance thyroïdienne dans l'éclampsie. Le premier rapporte dans *Edimbourg Medical Journal* du mois de mars 1902 quatre observations d'albuminurie gravidique. Deux femmes éclamptiques et deux en état de prééclampsie, soumises à l'opothérapie thyroïdienne ne présentèrent pas d'accidents.

Les expériences de Vassale, en 1905, aboutissaient à des conclusions identiques:

Pour étayer cette conception pathogénique, Fruhinsholz de Jeandelize ont publié, dans la *Presse Médicale* de 1909, l'observation d'une myxœdémateuse qui fut atteinte d'éclampsie au cours de sa grossesse. Et ils accusaient les glandules parathyroïdiennes d'en être la cause. Cette théorie prêtait fort à discussion, puisque les animaux auxquels on fait la thyroïdectomie totale présentent le plus souvent des accidents convulsifs. Or, Seitz a démontré que les phénomènes convulsifs ressortissaient plutôt au domaine de la tétanie qu'à celui de l'éclampsie vraie.

Dans ces dernières années, ce sont surtout les auteurs anglais et américains qui ont publié des observations sur ce sujet. Les uns se contentent de noter l'influence des maladies du corps thyroïde sur la grossesse, d'autres s'attachent à l'étude des phénomènes toxiques de la gestation en rapport avec la maladie de Basedow.

CHAPITRE II

Influence de la Grossesse sur le Goître exophtalmique

Les modifications gravidiques du corps thyroïde, aussi bien que les relations glandulaires thyro-génitales ne sont mises en doute par aucun auteur. Mais l'interprétation des faits n'est pas uniforme.

Les observations que nous avons lues et que nous rapporterons nous ont mis en présence d'opinions contradictoires. Si les avis sont discordants, c'est que les faits cliniques sur lesquels ils s'appuient ne le sont pas moins. Les cas publiés ne sont pas très nombreux, si l'on ne tient pas compte des formes frustes de la maladie de Basedow. Il ne faut pas s'en étonner, puisque le goître exophtalmique vrai s'ac-

compagne de troubles de l'appareil génital entraînant la stérilité, au moins temporaire.

Ainsi Halliday-Croom, dans son service d'Edimbourg, en a observé un cas sur 15.000 et M. Bonnaire n'en a que vu deux cas sur 30.000 à la Maternité. La concomitance de la grossesse et du goître exophtalmique est donc rare, c'est ce qui a fait dire à M. Bonnaire que « la rareté de la maladie de Basedow surprend l'esprit quand on réfléchit à la banalité et à la constance de la réaction thyroïdienne chez les parturientes. »

Les auteurs ont relaté des séries d'observations différentes. Les uns ne publient que des cas heureux ; d'autres, au contraire, rapportent des faits dont l'évolution a été malheureuse. Il ne faut y voir ni partialité, ni insuffisance de documentation. Les conclusions n'ont pu être tirées que des faits qui sont tombés sous les yeux.

17

Les opinions sont classées sous trois chefs : les pessimistes, les optimistes, les éclectiques.

*
* *

Pour les premiers, la gravidité exerce une mauvaise influence sur la maladie de Basedow. Il n'est pas douteux que le goître exophtalmique puisse naître et se développer après la fécondation. Nous

avons déjà dit que Lange considérait que l'hypertrophie thyroïdienne chez la femme enceinte est de règle. Bien qu'il ait vu la maladie commencer au 5^e mois chez les multipares et au 6^e chez les primipares, nous n'avons pas pu fixer d'une façon précise le début du goître. Les observations que nous avons lues ne nous ont pas montré d'une manière évidente des différences entre les primipares et les multipares. Pendant les trois premiers mois, la gestante ne présente généralement pas de symptômes ennuyeux. Souvent, ils n'apparaissent pas tous à la fois ; et, parmi les femmes : les unes remarquaient d'abord l'intumescence du cou ; d'autres étaient frappées de leur exophtalmie ; certaines, enfin, étaient mises en éveil par l'agitation et la maladresse de leurs mouvements.

Non seulement le goître exophtalmique peut se développer pendant la grossesse, mais d'aucuns ont mis sur le compte d'une grossesse antérieure un goître qui apparaissait plusieurs mois et même des années après l'accouchement.

On a observé des cas de goître simple qui se basedowifiaient au cours de l'état puerpéral. Ceux-ci paraissent moins discutables que les précédents.

La grossesse est également accusée d'aggraver un goître préexistant. Nous publierons des observations de maladies de Basedow fruste qui se sont complétées au cours d'une grossesse. Parfois les symptômes ont pu atteindre une acuité telle qu'on a

craint l'asphyxie de femmes en travail. Mais tous les signes ne s'accroissent pas avec la même intensité ; suivant les cas, c'est l'exophtalmie, ou le tremblement, ou la tuméfaction du cou qui deviennent prédominants et inquiètent la malade.

*
**

Ces mauvais effets n'auraient jamais été constatés par les *optimistes*.

Ceux-ci affirment que la maladie de Basedow n'exerce aucun retentissement fâcheux sur la grossesse. Au contraire, elle constitue un événement heureux qui améliore les symptômes gênants du goître exophtalmique. La fécondation serait le remède spécifique des Basedowiennes. Charcot, se basant sur un fait personnel particulièrement heureux, n'hésite pas à conseiller la grossesse dans le but de guérir le goître exophtalmique.

Si pendant la gestation les phénomènes paraissent s'accroître, ce n'est pas pour longtemps. Souvent il se produit une amélioration très marquée au cours de la grossesse ; l'amélioration persiste après l'accouchement et aboutit à la guérison complète. D'autres fois, la maladie ne commence sa régression qu'un temps plus ou moins long après l'accouchement. La disparition des symptômes, du reste, ne suit pas un ordre rigoureux. Souvent même l'un ou l'autre persiste et reste comme la signature de la maladie antérieure, et c'est l'exophtalmie qui paraît

le plus rebelle à l'amélioration. Les observations de Trousseau, Corlieu, Souza-Leite, Eulenberg le prouvent surabondamment. M. Pinard a constaté de nombreuses améliorations, aussi bien à la clinique Baudelocque que dans sa clientèle privée. Il les rapporte dans un article publié dans les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique* de 1909, sous le titre suivant : « De l'expression symptomatique appelée goître exophtalmique dans ses rapports avec sa fonction de reproduction chez la femme. »

Nous publierons nous-mêmes des observations plus récentes et personnelles dont l'évolution a été favorable.

OBSERVATIONS

I. — Le Goître apparaît au cours de la grossesse

OBSERVATION I (Résumée)

BERTOYE. — Th. Lyon, 1888. Obs. IV)

Marie C..., âgée de 15 ans $\frac{1}{2}$, apprêteuse, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 18 novembre 1887.

Pas d'antécédents héréditaires pathologiques.

La malade n'est pas mariée et n'a eu ni enfants, ni fausses couches. Excellente santé dans son enfance. Rougeole à 2 ans.

Réglée à 12 ans, toujours abondamment et régulièrement jusqu'à ces derniers temps. Il y a 4 mois, à la suite d'un refroidissement, suivant elle, ses règles se sont arrêtées et ne sont pas revenues les mois suivants. De-

puis lors, leucorrhée assez abondante ; pas de métrorrhagies. Développement anormal du ventre et des seins, mais comme elle se dit vierge, on ne pratique pas le toucher.

Depuis 4 mois, son caractère s'est modifié, elle est devenue plus impressionnable, plus impatiente, plus irritable. Syncopes fréquentes, vomissements alimentaires, constipation, maux de tête. Ces phénomènes se sont accrus depuis 8 jours. La malade s'est alors aperçue que son cou gonflait. Palpitations actuellement fortes et pénibles. On constate un goître de volume moyen, une légère exophtalmie et de fortes palpitations. Il n'existe pas de tremblement. Le regard est fixe. Pas de troubles visuels. Le cœur bat légèrement dans le 5^e espace intercostal.

— 21 décembre 87. Malgré les dénégations persistantes de la malade, on l'examine de nouveau et on constate des signes certains d'une grossesse au 6^e mois. Il n'y a donc pas de doute à ce sujet, les accidents ont débuté 4 mois avant l'entrée de la malade à l'hôpital ; le 21 décembre 87, c'est-à-dire un mois après son entrée, on constata une grossesse au 6^e mois, le goître exophtalmique a donc bien marché de pair avec elle.

OBSERVATION II

La parole est à Trousseau.

« M. le docteur Panas m'a amené, le 29 mai 1866, une dame qui était atteinte de maladie de Graves, extrêmement bien caractérisée ; il y avait cela de remarquable

que les accidents avaient commencé le 1^{er} mois de la grossesse et avaient été croissant durant la gestation. Après l'accouchement seulement, l'amélioration a commencé sous l'influence du fer et de la digitale, etc... »

OBSERVATION III (Résumée)

(NORDMAN et GARNIER. — *Loire Médicale* 1910)

Marie R..., 22 ans, entre à l'hôpital le 1^{er} février 1910, pour une toux quinteuse et des phénomènes névropathiques divers. Pas d'antécédents héréditaires pathologiques. La malade n'a eu qu'une seule crise nerveuse pendant l'adolescence.

Au milieu de janvier elle a présenté une toux quinteuse, de la lassitude, des céphalées, des vertiges, des sueurs abondantes. A l'entrée à l'hôpital, on constate un peu de gonflement du cou, une légère tachycardie, un certain degré d'exophtalmie.

Peu après l'entrée, la toux coqueluchoïde disparaît, ainsi que la céphalée et la lassitude, mais par contre la malade accuse de la dyspnée, de la constriction cervicale, du gonflement du cou, des bouffées de chaleur, des palpitations. Son émotivité augmente. Les signes de basedowisme deviennent de plus en plus nets. Fin février, on constate une exophtalmie très prononcée, du battement des paupières, un gonflement diffus du corps thyroïde, de la tachycardie (113 pulsations), un tremblement menu et très rapide des doigts. On songe alors à la possibilité d'une grossesse. La malade, en ef-

fet, n'est pas réglée depuis le 1^{er} décembre et on trouve un utérus un peu gros et globuleux. La parturition devient de plus en plus évidente.

Actuellement R. Marie est au 5^e mois de sa grossesse. Ses troubles basedowiens persistent, mais n'augmentent pas sensiblement.

OBSERVATION IV (Résumée)

CLÉRET. V. M. — Thèse de Paris 1911

Mme R. entre à l'hôpital Lariboisière le 28 septembre 1910 pour crises douloureuses épigastriques, avec palpitations et dyspnée assez vive. C'est à la suite d'une grossesse qu'elle a présenté les premiers symptômes de son affection qui se sont accentués du fait de chagrins survenus à cette époque. Elle présente des douleurs d'estomac, des palpitations, de la tachycardie. Le corps thyroïde est volumineux. Exophtalmie bilatérale. Tremblement. La malade est réglée irrégulièrement.

II. — Un Goître simple peut se basedowifier pendant la grossesse

OBSERVATION IV (Résumée)

(PASTRIAN. — Thèse de Paris 1876. Obs. I)

X... Joséphine, 35 ans, est atteinte d'un goître exophthalmique. Il n'y a jamais eu de goîtreux dans sa famille. Elle a longtemps habité le département du Cher, où on observe rarement le goître. Elle n'a jamais eu le corps thyroïde développé outre mesure jusqu'en 1868, époque de sa première grossesse. Alors pour la première fois, elle constata l'existence de la tumeur. En 1870, nouvelle grossesse ; la glande thyroïde prend de nouveau de l'extension et atteint le volume d'un œuf de chaque côté.

En 1872, 3^e grossesse ; nouveau développement du corps thyroïde.

En 1874, 4^e grossesse. Le corps thyroïde prend l'énorme volume que nous voyons aujourd'hui. En outre, la malade constate chez elle et à partir de cette époque seulement, de l'exorbitisme très marqué. Quand elle se livrait à un léger travail, elle avait des palpitations de cœur.

Elle présente aujourd'hui cette triade symptomatique.

Quand on ausculte la tumeur, on entend des souffles très manifestes. A l'auscultation du cœur, on perçoit

une exagération des claquements valvulaires avec bruit de souffle doux à la base se propageant dans les vaisseaux.

OBSERVATION V (Résumée)

(BUCQUET. — Th. Paris 1895. Obs. XXI)

Femme X., 32 ans, ménagère. Père et mère bien portants. Mère a eu 4 enfants. Elle est atteinte de goître simple. Pas d'autre cas dans la famille.

Rougeole en bas âge. Fièvre typhoïde et congestion pulmonaire à 24 ans. Réglée à 12 ans, régulièrement jusqu'à l'âge de 28 ans. Depuis 4 ans, elle se voit 2 fois par mois.

Première grossesse à l'âge de 18 ans, il y a 14 ans. Grossesse, accouchement et suites de couches normaux.

Une 2^e grossesse, il y a 12 ans, a évolué de la même façon. Nous examinons cette malade le 25 juin 1895. Depuis 3 ans, elle a des signes d'hystérie : névralgies, ovarie, etc.

Elle porte, au devant du cou, une tumeur goîtreuse qui, à l'âge de 11 ans, était grosse comme un œuf de pigeon.

Après la 2^e grossesse, le goître a augmenté progressivement. Elle a des palpitations depuis 2 ans, du tremblement des bras et des jambes depuis un an seulement.

Elle a une exophtalmie bien légère ; son regard nous paraît étrange ; ses pupilles sont largement dilatées.

III. — La grossesse peut aggraver un Goître préexistant

OBSERVATION VI (Résumée)

(BUCQUET. — Loco citato Obs. XVIII)

Claudia D..., 39 ans, est une nerveuse.

En 1878, c'est-à-dire à 21 ans, elle est devenue enceinte pour la première fois et son cou a commencé à grossir dans les premiers mois de sa grossesse. Elle n'a pas eu d'autre accident que son goître à ce moment-là. Elle a accouché à terme d'une fille qui, bien que nerveuse comme sa mère, est bien portante. Les suites de couches ont été normales. La tumeur, qui était grosse comme le poing, a diminué pour se réduire au volume d'un œuf.

Deux ans après son accouchement, à 23 ans, elle a eu la fièvre typhoïde et à la suite, des palpitations, de l'essoufflement et du tremblement. C'étaient tous les symptômes de la maladie de Basedow, sauf l'exophtalmie.

En 1896, à 29 ans, elle devient enceinte pour la 2^e fois.

Au 4^e mois de la grossesse, elle perd du sang liquide mélangé de caillots volumineux.

Elle entre à la Pitié le 28 avril, et fait au début de mai une fausse couche d'environ cinq mois.

Elle a une grave hémorragie utérine après l'expulsion du fœtus et on lui fait la délivrance artificielle.

Elle a eu son retour de couches 4 mois après.

Pendant cette deuxième grossesse, les palpitations, le tremblement des mains, le goître ont augmenté. Le pouls battait à 92 pulsations à la minute et l'exophtalmie ne survint que 14 jours après la fausse couche, alors que la malade était encore à la Pitié.

Elle part en convalescence pour le Vésinet, où elle ne reste que 3 jours, à cause de ses palpitations, de son tremblement localisé aux mains et aux jambes et surtout de son exophtalmie qui l'effrayait. On constatait également une légère anesthésie aux membres supérieurs seulement.

Elle quitte l'hôpital après y avoir séjourné pendant un mois.

Un an après sa sortie, le tremblement avait totalement disparu, l'exophtalmie avait diminué, la tumeur goitreuse était revenue au volume qu'elle présentait après la première grossesse.

OBSERVATION VII (Résumée)

(BUCQUET. — Obs. XVIII)

X..., femme de 28 ans, blanchisseuse.

Début de la maladie de Basedow avec l'apparition de la menstruation, à 16 ans. A ce moment-là, elle a eu de l'exophtalmie très accentuée, du tremblement, du goître et de la tachycardie. La maladie a été constituée en l'espace de 2 mois.

Elle a eu une première grossesse à 22 ans ; aggravation de tous les symptômes. Elle a accouché à terme d'une fille morte à 2 mois, d'athrepsie.

Après l'accouchement les symptômes ont régressé.

Deuxième grossesse 2 ans plus tard, à 24 ans : fille venue à terme, morte de phtisie, à 17 mois.

L'état de la malade est resté stationnaire.

Troisième grossesse à 26 ans : garçon mort à 16 mois, de granulie. Etat de la mère stationnaire.

En 1893, elle a eu de l'eczéma des mains et des avant-bras, soigné à St-Louis. Pendant son séjour à St-Louis, elle a eu de la tétanie qui la prenait par accès tous les soirs à cinq heures, pendant 20 minutes. Cet état a duré un mois.

Quatrième grossesse : la malade est actuellement enceinte de 3 mois et demi. Son goître et son exophtalmie sont améliorés, le tremblement a disparu. Cependant, pendant tout le deuxième mois de la grossesse, elle a eu des accès de tétanie, deux ou trois fois seulement par semaine.

IV. — La grossesse peut améliorer un Goître préexistant

OBSERVATION VIII (Résumée)

(*Gazette des Hôpitaux*, 1862)

Mme X., a tous les symptômes d'un tempérament nerveux très accusé. Elle se marie en septembre 1860, à

l'âge de 18 ans. Vers le mois d'octobre de la même année, apparition d'une tumeur thyroïdienne marquée surtout au côté droit du cou. Quelques semaines après, exophtalmie double. Essoufflement, palpitations au moindre effort ; faiblesse et amaigrissement.

Règles incomplètes et irrégulières, puis disparition.

En 1861, M. Durién de Chalais, (Charente) appelé, constata un amaigrissement et une faiblesse extrême, de l'inappétence, une soif ardente, de l'insomnie.

Voyage à Paris. Examen par Trousseau et Charcot.

5 mars 1861. — Exophtalmie double très prononcée sans trouble de la vision. Tumeur thyroïdienne du volume trouble de la vision. Tumeur thyroïdienne du volume d'une grosse orange, formée en grande partie par le lobe droit de la glande thyroïde. Poids 130 — 140, petit, dépressible, régulier.

Cœur. Volume normal. Souffle assez rude à timbre métallique coïncidant avec le premier bruit. Battements carotidiens très énergiques, visibles à distance ; souffle continu à double courant très intense et frémissement très marqué sur les régions carotidiennes.

Poumons. — Toux sèche. Dyspnée surtout nocturne. Murmure respiratoire normal.

Tube digestif. — Digestions difficiles, inappétence, amaigrissement, anémie profonde.

Traitement. — 1° Teinture éthérée de digitale XX à XXX gouttes pendant dix jours chaque mois.

2° Dix jours suivants : œthiops martial mêlé à l'extrait d'absinthe 0,60 à 0,90 centigr. par jour.

3° Bains de 15° centigr. de 3 minutes tous les jours.

5° Vessie pleine d'eau glacée pendant une heure, matin et soir, sur le goître et la région du cœur.

6° *Conseillent grossesse.*

28 avril. — Pas d'amélioration. M. Charcot conseille l'opium et l'assa-fœtida pendant quelques jours. Médication ancienne continuée.

Mai. — Amélioration de tous les symptômes. Pouls 100.

Fin juillet. — Amélioration bien plus prononcée. Pouls 75-80. Appétit reparait. Digestions faciles. Embonpoint. Goître disparu à gauche ; à droite tumeur réduite au quart. Exophtalmie persistante.

A la même époque, signes de grossesse.

16 août. — Grossesse à terme. Accouchement le 21. Enfant peu volumineux, mais vivace. Suites de couches heureuses. Rétablissement rapide. Depuis la santé a continué à se raffermir. La menstruation a reparu et s'est régularisée. L'exophtalmie persiste mais moins prononcée qu'avant la grossesse. Le goître subit des fluctuations. Il disparaît pour reparaitre quelques jours après sans cause connue.

OBSERVATION IX

(SAUVAGE. — *Bull. Soc. d'Obst. et de Gynec.*, Paris 1912)

Femme de 22 ans, ne présentant aucune particularité dans ses antécédents.

Réglée à 15 ans et demi. Hémorragies et douleurs abdominales violentes pendant les premières menstruations. A toujours été régulièrement réglée, à des intervalles variant de 5 à 7 semaines, et pendant un temps très variable.

Avait toujours été bien portant lorsqu'apparurent, en septembre 1910, des crises de palpitations et de tremblements. L'évolution de la maladie est marquée par l'exagération des symptômes du début, des accès convulsifs survenant à l'occasion des moindres émotions, des crises de diarrhée incoercibles durant plusieurs

jours et qui entraînaient à la longue un amaigrissement surtout prononcé à la partie supérieure du corps, et une perte de 5 kilogs. Les médecins constatent une accélération du pouls qui atteint 160 par minute. Six mois après le début des accidents, le cou commence à augmenter de volume. Pendant tout ce temps, la menstruation reste irrégulière sans que cette irrégularité paraisse s'accroître.

Un traitement par l'électrisation poursuivie pendant 8 mois et l'ingestion de grandes quantités de bromure et d'iodure de potassium restent sans effets, et la malade est obligée d'interrompre ses occupations pendant un an. Dans ces conditions, elle devient enceinte pour la première fois ayant eu ses dernières règles du 22 au 26 août 1911. Elle ignorait encore son état de grossesse lorsqu'elle entra à la Salpêtrière dans le service de M. Déjérine, en septembre.

Là on put établir avec certitude le diagnostic de goître exophtalmique. La malade présentait alors un goître assez volumineux, pulsatile, avec frémissements cataires à l'auscultation. La température étant normale, le pouls était constamment accéléré et battait à 120 par minute. Léger tremblement. Exophtalmie peu appréciable. Pas d'albumine ; glycosurie alimentaire minime à la suite de l'ingestion de 100 gr. de glucose. Injections régulières d'extrait d'hypophyse, à petites doses dans la crainte de provoquer des contractions utérines intempestives.

Lorsque la malade quitte l'hôpital, après un séjour d'un mois, tous les accidents qui avaient nécessité son entrée avaient disparu et le médecin qui entreprit de la surveiller ne constata plus que 70 battements cardiaques par minute. La grossesse datait alors de 2 mois environ. L'évolution de la gestation ne fut ensuite troublée que par quelques vomissements qui persistent jusqu'au 6^e

mois. Des examens faits à Beaujon et à la Maternité ne firent pas constater d'albumine. Disparition de l'amaigrissement.

Accouchement spontané, à terme, à la maternité de la Pitié. Durée du travail : 18 heures ; période d'expulsion : 2 heures. Enfant vivant, pesant 3.830 grammes.

Examinée 2 jours après son accouchement, la malade se présente dans les conditions suivantes : goître très apparent, surtout développé aux dépens du lobe droit du corps thyroïde, mou, pulsatile, avec souffles systoliques à l'auscultation : circonférence du cou à mi-hauteur du cartilage thyroïde : 35 cm.

Pouls : 96. Tension artérielle (appareil Potain) : 19.5.

Tremblement à peine marqué aux doigts : tremblement fibrillaire de la langue très accentué. Pas d'exophtalmie. Suites de couches physiologiques.

OBSERVATION X

(BOUFFE DE ST-BLAISE. — *Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn.*
Paris 1912)

« Je soigne depuis quelques années une jeune femme qui eut, avant son mariage, des accidents basedowiens graves. Elle se maria et devint presque immédiatement enceinte. Cette grossesse fut pour ainsi dire la renaissance de la malade. Tous ces accidents diminuèrent, elle ne présenta, elle non plus, aucun accident de toxémie, et le bébé vint au monde dans les meilleures conditions et elle l'allaita avec succès. Depuis ce temps, je fus témoin de 3 grossesses qui se passèrent de la même façon, pré-

cédées de rechutes peu sérieuses, mais nettes. Cela fut si précis que cette jeune femme désire l'état de grossesse ou d'allaitement, a cause du mieux qui se déclare dans son état, et cela peut mener ce jeune ménage très loin.

OBSERVATION XI (Inédite)

(BONNET-LABORDERIE et BOISROUX)

Mme P. L..., 32 ans, originaire du Boulonnais, ne présente rien de spécial dans ses antécédents héréditaires ou collatéraux. Elle-même a joui d'une excellente santé jusqu'à l'âge de 30 ans, où un deuil très sensible, suivi d'affaires de famille particulièrement pénibles, aurait déterminé chez elle un profond ébranlement nerveux. Elle s'est mariée peu de temps après et sa santé générale, visiblement altérée à la suite des événements auxquels nous venons de faire allusion, n'a pas tardé à se rétablir, du moins en apparence. Cependant, contrairement à son plus cher désir, les mois s'écoulaient sans lui apporter aucun espoir de maternité. C'est pour cela qu'elle vient nous consulter, au début de l'année 1911, un an environ après son mariage.

A l'examen que nous lui faisons alors subir, nous découvrons une métrite du col avec léger ectropion dont nous commençons aussitôt le traitement. Au bout de 10 semaines, les lésions inflammatoires ayant complètement disparu, nous autorisons notre cliente à se rendre au Havre, où elle désire passer les vacances de Pâques. A ce moment, 5 avril 1911, elle paraît en excellent état et nous devons ajouter que jusqu'ici, en dehors

d'une certaine nervosité dans les mouvements et l'élocution, nous n'avions observé chez elle aucun phénomène anormal.

Aussi est-ce avec une profonde surprise que, le 6 mai suivant, nous constatons les graves altérations survenues dans la santé de Mme P. L... Elle est absolument méconnaissable. Ses traits accusent une maigreur malade : en un mois elle a perdu en effet 9 kilogs.

Les mains sont agitées par un tremblement continu. Le pouls tendu et vibrant, bat à 140. La pression artérielle est tellement forte qu'il s'est produit une hémorragie sous-conjonctivale. Il existe en outre de l'exophtalmie et la malade attire elle-même l'attention sur l'augmentation de son cou, où siège un goître des plus nets. Devant cet ensemble symptomatique, on ne peut que penser à la maladie de Basedow. Nous adressons donc Mme P. L... à notre excellent confrère, le docteur L. Vouters, qui, après avoir confirmé le diagnostic, conseille l'emploi de l'hémato-éthyoïdine et du salicylate de soude, tout en prescrivant le repos complet. Pendant de longs mois, il traite ainsi la malade dont la situation ne laisse pas de demeurer inquiétante. Enfin dans les derniers jours du mois de septembre, on constate une légère amélioration : le pouls est moins rapide et le poids augmente un peu ; mais le goître ne diminue guère de volume. La malade est alors confiée au docteur R. Desplats, qui lui fait subir plusieurs séances de radiothérapie, à la suite desquelles le tour du cou perd quelques centimètres.

Les règles qui, jusqu'ici, avaient été régulières quoique très réduites en quantité et en durée, apparaissent pour la dernière fois du 24 au 28 novembre 1911.

Cette grossesse, sur laquelle nous ne comptons guère, en vérité, ne manque pas de nous causer au début quelque appréhension. Si Mme P. L... est en voie réelle

d'amélioration, son état laisse cependant beaucoup à désirer. Elle n'a encore regagné que 3 kilos sur les 9 perdus et son pouls est resté au voisinage de 100.

Durant les premières semaines, la mine devient mauvaise et quelques vomissements surviennent qui fatiguent la malade. Mais, dès le 3^e mois, on voit s'opérer une véritable transformation. Le poids s'élève progressivement, alors que les symptômes basedowiens s'atténuent de plus en plus. *Vers l'époque du terme, l'état général s'est tellement et si heureusement modifié qu'on ne croirait plus avoir affaire à la même personne.*

CHAPITRE III

Action du goître exophtalmique sur la grossesse, l'accouchement, les suites de couches, le produit de conception

L'influence de la grossesse sur la maladie de Basedow paraît nettement démontrée. Nous venons de voir qu'elle s'exerce dans un sens différent suivant les cas ; aggravant la maladie dans certaines circonstances fâcheuses, elle l'améliore quelquefois. Nous étudierons maintenant l'action du goître exophtalmique sur la grossesse, l'accouchement, les suites de couches et le produit de conception. Ici encore on se trouve en présence d'opinions contraires.

Les *pessimistes* redoutent la concomitance de la

grossesse et de la maladie de Basedow. Pour eux, la grossesse est toujours pathologique et les accidents qui surviennent présentent un caractère de haute gravité. Souvent la gestation n'atteint pas le terme, elle est interrompue et l'avortement se produit de bonne heure. La parturiente expulse alors un œuf qui a été tué par la toxémie maternelle, ou bien une hémorragie se produit, qui décolle le placenta et emporte l'œuf avec elle. L'avortement serait plus fréquent dans la première partie de la grossesse, et, d'après Krôn, le fœtus résisterait mieux dans la seconde moitié. Ce pouvoir de résistance serait dû au développement du corps thyroïde qui devient, à cette période de la vie intra-utérine, assez actif pour contrebalancer la perversion thyroïdienne maternelle.

Skutsch et Windscheid ont rapporté plusieurs faits de complications cardio-pulmonaires avec tachycardie, crises de suffocation, dyspnée, et des cas d'hémorragies profuses qui ont amené la mort.

Froment, dans sa thèse de Lyon de 1906, cite l'observation d'une basedowienne, atteinte antérieurement d'une maladie de cœur, qui mourut d'accidents gravido-cardiaques.

Avant eux, Müller avait observé, un cas où le goître s'était tellement développé pendant la grossesse que la trachéotomie fut jugée nécessaire pour éviter l'asphyxie.

M. Bonnaire a publié, dans *la Presse Médicale* de 1910, les observations de deux parturientes qui pré-

sentèrent des accidents tels qu'on se décida de provoquer l'accouchement pour les faire cesser.

Plus récemment encore Beebe, Ward et Davis ont étudié les rapports du thyroïdisme et de la grossesse pathologique. Ils affirment la réalité de la relation. L'insuffisance de la sécrétion thyroïdienne est suivie de déficience dans le métabolisme, ce qui entraîne la toxémie. La maladie de Basedow, en altérant la quantité et la qualité de la sécrétion thyroïdienne trouble les processus métaboliques et quand vient s'ajouter le phénomène de la grossesse, celle-ci augmente les troubles et devient ainsi une complication sérieuse.

Ward a démontré que la thyroïdectomie paralyse pour ainsi dire les fonctions antitoxiques du foie. Cette paralysie se traduit par le passage de l'albumine et de l'urée dans le sang. C'est pour cela que Ward administre de la thyroïdine aux parturientes basedowiennes, ainsi qu'aux femmes qui ont des vomissements dits incoercibles. Si la symptomatologie est fruste, l'extrait de corps thyroïde est suffisant. La diète lactée et hydrique, la glace sur le corps thyroïde sont ajoutées dans les cas nettement caractérisés.

Davis partage la même opinion et insiste pour surveiller, pendant la gestation, les porteuses d'un goître. Il va même jusqu'à proposer l'opération césarienne si l'accroissement exagéré du corps thyroïde doit amener des accidents d'asphyxie pendant le travail.

On a encore signalé des hémorragies de la délivrance, des crises de nature nerveuse, soit localisées à l'appareil respiratoire, soit généralisées sous forme d'hystérie et enfin les manifestations de la tétanie.

A côté de cette opinion qui attribue à la maladie de Basedow une influence néfaste sur la grossesse, il y a celle des *éclectiques*, que personnifie bien Halliday-Croom.

La parturition est un phénomène indifférent qui n'a jamais aggravé une maladie de Basedow préexistante et réciproquement la grossesse des goitreuses évolue normalement sans aucun incident.

En 1907, Halliday-Croom publiait, dans *Edinburgh Medical Journal*, une statistique personnelle de 13 cas dont 12 avaient été observés dans sa clientèle privée. Il en concluait que l'influence réciproque du goître exophtalmique et de la grossesse est pratiquement nulle, et, fort de cette idée, il autorisait sans hésitation, le mariage des basedowiennes. Mais M. Bonnaire fait très justement remarquer que dans quatre de ses observations, par conséquent dans presque $\frac{1}{3}$ des cas, les parturientes présentèrent des accidents graves. Ainsi une malade mourut 3 heures après l'accouchement, d'accidents convulsifs de nature indéterminée. Une autre fois, pour arrêter une hémorragie déciduale incoercible, on dut provoquer l'avortement. Enfin

deux autres femmes avortèrent spontanément avec des hémorragies graves.

M. Pinard ne reconnaît aucune influence au goître exophtalmique sur la grossesse, mais il admet « un rapport constant entre le goître exophtalmique et l'ovulation. » Il critique les observations des auteurs allemands comme Benike, Henning, Sanger, Hoerberlin et Schwarze recueillis par Vinay dans son « traité des maladies de la grossesse ». Pour lui, « une femme, atteinte de goître exophtalmique et devenant enceinte, n'est point exempte de toute autre maladie et de tous autres accidents pour cela. Il s'agirait de démontrer qu'il n'y a pas eu dans ces cas coexistence ou coïncidence. »

De même l'accouchement ne serait pas modifié chez les Basedowiennes. La plupart du temps, il est normal et rapide ; enfin on ne signale pas de cas de mort.

Dans un cas de M. Pinard, la durée totale de l'accouchement et de la délivrance fut de 4 h. 15, et, pendant tout ce temps, le pouls fut à 68.

M. Sauvage a publié récemment deux observations où l'accouchement se fit à terme et le travail dura respectivement 19 heures et 18 heures, sans qu'il y eut rien de spécial à noter comme accident.

La plupart des observations de notre thèse nous montrent que les suites de couches, attentivement surveillées, ont été physiologiques. Dans l'observation VI et sans l'observation XIII, on a observé des hémorragies de la délivrance ; dans quelques

cas, on a dû recourir à la délivrance artificielle. Mais d'une façon générale, tout a été normal ; le poulx n'était pas accéléré et jamais il n'y eut de température élevée.

Quant au produit de conception, lorsque l'accouchement s'est fait à terme, nous avons relevé des poids variant entre 3.200 et 3.830 grammes pour le nouveau-né. Les enfants présentaient tous les apparences de la santé et né demandaient qu'à vivre.

Dans l'observation VII, les enfants sont morts, l'un à deux mois, d'athrepsie ; l'autre, à 17 mois, de phtisie, le 3°, à 16 mois, de granulie ; mais on ne mentionne pas les antécédents héréditaires paternels.

La surveillance des nouveau-nés, après leur sortie de la maternité n'est pas toujours facile. Toutefois on voit encore souvent des femmes atteintes de goître exophtalmique avant la conception, qui affirment que leurs enfants sont en bonne santé.

Nous n'avons pas trouvé d'exemples d'enfants morts-nés, ni d'enfants mal formés.

L'allaitement au sein maternel a toujours été conseillé, et, dans les cas où il a été fait, on n'a pas observé de recrudescence dans les phénomènes du goître exophtalmique.

Voilà les idées optimistes qui sont de nature à rassurer les accoucheurs sur l'évolution de la grossesse des basedowiennes.

Nous publierons maintenant les observations qui ont servi de base aux deux conceptions opposées.

OBSERVATIONS

I. — Le Goître exophtalmique exerce une influence néfaste sur la grossesse

OBSERVATION XII (Résumée)

(BONNAIRE. — *Bull. Soc. Obs. de Paris*, 1898)

Il s'agit d'une primipare qui, sans avoir présenté de troubles spéciaux tant dans son état général que du côté du corps thyroïde, au cours des premiers mois de sa grossesse, fut atteinte brusquement, au 7^e mois, d'un goître à développement rapide très tendu.

Des crises de suffocation violente, accompagnée de paralysie de la corde vocale droite, rendirent imminente la mort par asphyxie. Il n'y avait ni exophtalmie, ni troubles mécaniques de la petite circulation. La tachycardie n'était qu'intermittente. La compression du pneumogastrique semblait le seul élément menaçant. La production de ce goître aigu se rattachant à la grossesse,

l'élément princeps d'un traitement rationel était donc la suppression de la cause des accidents, c'est-à-dire de la grossesse.

Dans ce but, nous appliquâmes un ballon de Tarnier dans l'utérus. Cette tentative, tout en éveillant momentanément les contractions utérines et ne dilatant le col que partiellement, eut un effet immédiat : l'angoisse et la gêne respiratoire cessèrent complètement. Cette simple action de dilatation du col utérin eut, dans l'espèce, le même rôle inhibitoire sur les accidents laryngés que celui qu'elle exerce parfois sur les vomissements pernicieux de la grossesse, suivant le traitement de Copeman. Bien que l'intumescence thyroïdienne n'eût pas sensiblement diminué, il se fit comme une accoutumance des troncs nerveux à la compression et les crises dyspnéïques ne se renouvelèrent plus.

Nous laissâmes la grossesse continuer, mais au cours de ses deux derniers mois, celle-ci n'évolua pas sans encombre : sans avoir jusqu'alors présenté de perturbations nerveuses, la malade fut prise de violentes crises d'hystérie, accompagnées d'altération profonde de la sensibilité et de la motricité.

L'apparition de ces nouveaux troubles, communs, comme on sait, dans la maladie de Basedow, et que nous attribuâmes à l'auto-intoxication thyroïdienne, ne fit que nous confirmer, malgré l'absence d'exophtalmie, dans le diagnostic de goître exophtalmique puerpéral.

OBSERVATION XIII

(M. BONNAIRE. — Service de l'hôpital Lariboisière,
publiée dans la *Presse Médicale*, 1910)

La malade III-pare, de 28 ans, se présente à notre consultation le 24 octobre 1909, en état de déchéance telle qu'elle peut à peine se tenir debout ; elle accuse une angoisse dyspnéique extrême ; son teint est pâle et terreux ; les lèvres cyanosées ; les yeux sont manifestement saillants et le corps thyroïde est volumineux. Elle nous dit avoir été atteinte subitement de palpitations et d'angoisse cardiaque à la suite d'un refroidissement contracté au lavoir une semaine auparavant. Au début, après 4 heures de malaise général, elle a été prise d'une crise de suffocation intense, accompagnée de violentes palpitations, avec tendance à la syncope. En même temps apparut une toux quinteuse, avec expectoration sanguinolente. La crise aiguë passée, la dyspnée et l'état de faiblesse persistant, la malade vient à l'hôpital.

Pas d'antécédents névropathiques chez les ascendants ou collatéraux. Cette femme, bien que facilement émue, n'a jamais éprouvé de troubles nerveux. Elle est accouchée deux fois, et à terme ; elle a allaité son second enfant 18 mois. La grossesse actuelle remontant au début de mars, elle est presque à terme.

Au cours de sa seconde grossesse, elle avait remarqué le développement anormal de son corps thyroïde, mais elle n'y avait pas pris garde, n'ayant éprouvé aucun trouble de ce chef. D'ailleurs, ce goître avait en grande partie régressé après l'accouchement. Il s'est peu à peu reproduit dès le début de la grossesse présente ; celle-ci a heureusement évolué jusqu'ici ; elle a été bien accueil-

lie de la malade et n'a été troublée par aucune secousse morale ou physique jusqu'au coup de froid récent.

A l'examen, on constate une intumescence molle du corps thyroïde qui présente des battements vasculaires sans frémissement. — Les globes oculaires sont sail-lants ; pas de troubles moteurs oculaires.

Le cœur est augmenté de volume. Les claquements valvulaires sont retentissants, mais, au 1^{er} examen, on ne perçoit pas de souffle orificiel. Il y a arythmie avec iné-galité d'intensité des battements du cœur ; ceux-ci sont à 112.

Au niveau des poumons on trouve, surtout à droite, des zones diffuses de congestion œdémateuse, sans pré-dominance aux bases. Il y a submatité avec abondance de râles fins et humides.

Actuellement, la malade ne peut supporter les ali-ments solides. Elle a des crises de diarrhée.

Les urines sont relativement rares ; elles renferment 4 grammes d'albumine par litre.

Nous venions de terminer notre premier examen lors-que, brusquement, dès notre départ, sous l'influence sans doute de l'émotion de la visite, la malade est prise d'une crise de suffocation des plus violentes. Elle étouffe, les mouvements respiratoires se précipitent, incomplets et irréguliers. Le pouls s'affaiblit et s'accélère de plus en plus ; nous le comptons à 160, puis il nous échappe. A l'oreille, on ne distingue plus les deux temps de la révo-lution du cœur, mais on entend la congestion œdéma-teuse se généraliser en un instant à la totalité des pou-mons.

Le tableau clinique est celui des accidents gravido-car-diaques par asystolie brusque due à la dilatation et à la paralysie du cœur droit ; c'est aussi celui de l'agonie asphyxique.

Une saignée de 350 grammes est pratiquée sur le

champ. Nous nous disposions à évacuer l'utérus par l'accouchement forcé lorsque nous voyons la crise s'amender rapidement au cours même de la saignée. On provoque le travail et 22 heures après l'application du ballon de Tarnier, la femme accouche d'un enfant de 2.650 grammes en bon état. La délivrance se fait 15 minutes après, sans accident.

La malade, deux heures plus tard, accuse un état de bien-être sans gêne respiratoire. L'utérus est bien rétracté. Mais aussitôt après la visite, il se relâche ; la malade appelle au secours, on la trouve froide, inerte, sans pouls. La pression sur l'hypogastre fait jaillir environ 500 grammes de sang. On vient rapidement à bout de l'inertie utérine et la perte ne se renouvelle pas.

Les suites de couches ont évolué normalement. Température, 37°. Urines au-dessus de 1.200 grammes. L'albuminurie disparut le 4^e jour. Pouls oscillant entre 98 et 112 ; au départ de la malade, il variait de 90 à 100.

Depuis l'attaque d'asystolie jusqu'au départ, on a perçu au niveau du cœur un souffle systolique se propageant dans la direction de l'épigastre, avec battements jugulaires.

Il a donc persisté un certain degré de dilatation du cœur droit, manifesté par de l'insuffisance tricuspiddienne.

Huit jours après, même souffle. Les signes de la maladie de Basedow étaient demeurés en même état qu'au moment de l'exeat.

OBSERVATION XIV (Résumée)

Morgan rapporte l'observation d'une IV-parc, atteinte de goître basedowien, qui succomba à une crise d'asystolie aussitôt après l'accouchement.

OBSERVATION XV

(FROMENT. — Th. Lyon, 1906)

F..., 26 ans. Il y a trois ans, attaque de rhumatisme articulaire aigu, ayant duré six semaines, avec complication cardiaque.

Depuis, palpitations, dyspnée fréquente et œdème existant presque constamment. Au cœur, on constate un souffle rude d'insuffisance mitrale. Accès de colère. Hallucinations. Accès de manie. Exophtalmie. Tachycardie indépendante de l'affection cardiaque, car elle n'est pas influencée par la digitale qui amène cependant le plus souvent de la diurèse et fait disparaître les œdèmes.

Au 3^e mois d'une grossesse, asystolie. Accouchement à 8 mois. L'asystolie persiste après l'accouchement et entraîne la mort.

OBSERVATION XVI (Inédite)

(BOISROUX)

M... Jeanne, a été soignée en 1906, à l'hôpital de la Charité, à Lille, pour maladie de Basedow. Nous n'avons pas pu préciser la durée de son séjour dans le service de M. le professeur Desplats, mais lorsqu'elle sortit, le cahier des malades mentionne la guérison.

Elle revient en février 1907, pour exophtalmie légère tachycardie et tremblement des mains.

Elle reste au n° 17 de la salle St-Louis et contracte au début de mai une fièvre typhoïde.

Le 11, le séro-diagnostic est douteux ; la température atteint 39°2 ; le pouls est à 110.

Le 13 les taches rosées apparaissent et le séro-diagnostic est positif le 14.

Le 17, elle fait, pendant la nuit, une perte d'environ 3 mois.

On avait remarqué le volume anormal de ses seins, mais cette malade n'étant plus réglée depuis le mois d'octobre, on n'avait pas pensé à une grossesse possible. Un fait est encore à remarquer. C'est que les symptômes de goître exophtalmique ont reparu en grande partie au début de la grossesse.

Le placenta ne vient pas de suite, et la malade perd du sang en petite quantité. On ne fait pas de curetage et le placenta sort le soir même.

La température tombe à 37° pour remonter le lendemain à 39°3.

La malade est morte le 29 mai d'une hémorragie intestinale.

II. — Le goître exophtalmique n'exerce aucune influence sur la grossesse

OBSERVATION XVII (Résumée)

(PINARD. — *Ann. Gynéc. et obst.*, Paris, 1909)

Femme 26 ans. Pas d'antécédents héréditaires ni personnels pathologiques. Elle ignore la date du début de l'exophtalmie, mais affirme que la « saillie de ses yeux » est devenue moindre lorsqu'elle fut bien réglée, entre 14 et 15 ans. Nouvelle diminution pendant une première grossesse. Accouchement spontané normal et à terme, à la clinique Baudelocque (1901). A ce moment, cette femme ne présentait que de l'exophtalmie.

De 1901 à 1904, santé bonne. A partir de ce moment, apparaissent des tremblements des mains, de l'excitation, le cou « gonflé » et l'exophtalmie s'accuse beaucoup. Mais les règles qui, depuis son retour de couches, avaient été périodiques, ne s'étaient plus montrées depuis quatre mois.

Sous l'influence d'un traitement approprié, les règles reparurent périodiquement et peu à peu les symptômes s'amoindrissent.

En 1908, deuxième grossesse, avortement de 3 mois, état stationnaire.

La même année, troisième grossesse pendant laquelle une diminution du goître et de l'exophtalmie fut consta-

tée. Cette 3^e grossesse évolua d'une façon absolument normale. Le 30 avril à midi, apparurent les premières contractions utérines douloureuses et cette femme entra à la clinique le même jour à 2 h. $\frac{1}{2}$.

Arrivée avec un début de dilatation, cette femme expulsait à 3 h. 55 un garçon pesant 3780 gr.

La délivrance fut faite par traction et expression combinées au bout d'une demi-heure et sans aucune hémorragie. La durée totale de l'accouchement et de la délivrance fut de 4 h. 15.

Pendant toute la durée de l'accouchement, le pouls fut à 68 ; il ne dépassa pas 76 pendant les suites de couches.

OBSERVATION XVIII

(PINARD. — Ibid.)

Mme N..., 32 ans, réglée régulièrement à partir de 14 ans, a eu 3 enfants. Elle n'a pas allaité. Six mois après la naissance de son dernier enfant, se montre chez elle un embonpoint excessif, les règles retardent et se suppriment complètement, en même temps que se montre toute la symptomatologie du goître exophtalmique. Je la soumets au régime lacté absolu et à l'hydrothérapie. Les symptômes s'amendent au fur et à mesure de la disparition de l'obésité ; puis bientôt les règles reparaissent régulièrement et tous les symptômes du goître exophtalmique disparaissent. Cette dame pendant 7 ans a présenté toutes les apparences de la santé. Elle a eu une 4^e grossesse il y a 3 ans. La grossesse a été normale, l'accouchement naturel et l'enfant a été allaité par sa mère. Aujourd'hui la santé des deux est parfaite.

OBSERVATION XIX (Résumée)

(SAUVAGE. — Ibid.)

Il s'agit d'une femme de 35 ans, qui eut une série de maladies infectieuses pendant sa première enfance et de l'irrégularité de la menstruation pendant plusieurs années.

A partir de 18 ans, santé parfaite.

A 23 ans et à 30 ans, 2 grossesses évoluent très normalement et se terminent par la naissance d'enfants vivants qui, élevés dans de mauvaises conditions, meurent en bas-âge de gastro-entérite.

A 31 ans, apparition d'un goître exophtalmique typique. Le 2^e accouchement ayant eu lieu le 2 janvier 1909, les premiers accidents apparaissent vers le mois d'avril sous forme de crises d'angoisse précordiale, de tremblement et d'exophtalmie légère.

La malade entre dans les services hospitaliers. Successivement M. Rénon, M. Huchard, M. Claude, M. le Pr. Pierre-Marie, sont appelés à donner leur avis et portent le diagnostic de goître exophtalmique, avec symptomatologie complète.

En même temps que les accidents évoluaient, la fonction menstruelle était profondément troublée. Les règles sont modifiées, reparaissent, et disparaissent à nouveau en décembre. Cette nouvelle disparition est en rapport avec un début de gestation.

Avortement très probablement provoqué, en février 1910. La sage-femme qui assiste à l'expulsion de l'œuf lui attribue l'âge de 2 mois. A partir de ce moment, disparition complète des règles pendant 6 mois.

La malade est soumise à des traitements variés : va-

lérianate de quinine ; teinture d'iode ; thyroïdine ; extrait d'hypophyse ; injection de sérum de cheval, etc...

Amélioration très marquée à partir de juillet 1910 ; diminution de fréquence du pouls qui tombe à 92, le 29 novembre ; disparition du tremblement ; atténuation très marquée des symptômes nerveux. La réapparition des règles, en avril 1910 et leur retour régulier coïcident avec cette amélioration. Seule, l'exophtalmie persiste avec alternatives d'augmentation et de diminution.

Une crise de rhumatisme polyarticulaire ne donne lieu à aucune complication et n'arrête pas l'évolution heureuse de la maladie.

C'est dans ces conditions que survient une 4^e grossesse, les dernières règles ayant eu lieu du 10 au 15 juin 1911. L'évolution de la gestation a été suivie à la Maternité de la Pitié où la malade venait consulter régulièrement deux fois par mois.

La grossesse a été normale, et les symptômes qui persistaient n'ont pas subi d'accroissement.

Accouchement spontané le 26 mars 1912 ; travail : 19 heures ; enfant vivant pesant 3270 gr. ; élevé au biberon par la mère qui s'est refusée à l'allaitement au sein.

Malade revue le 8 mai, ayant repris ses occupations, ne présentant pas d'accidents.

OBSERVATION XX

(BONNET-LABORDERIE et BOISROUX. — Suite de l'obs. XI)

Le 27 septembre 1912, dans la soirée, c'est-à-dire *environ* 10 mois après la date des dernières règles, se pro-

duit sans aucun prodrome une rupture spontanée des membranes. Les douleurs n'apparaissent que le 30, à 2 heures du matin ; elles s'arrêtent du reste au bout de quelques heures pour ne reprendre qu'à la tombée de la nuit.

A partir de ce moment, le travail se poursuit régulièrement jusqu'à dilatation complète. Quoiqu'il s'agisse en l'espèce d'une primipare un peu âgée (32 ans), l'expulsion se signale par sa rapidité.

Rien de particulier à noter pour la délivrance, qui s'accomplit spontanément environ 30 minutes plus tard. Pendant tout ce temps, la parturiente n'a *donné aucun signe de défaillance* et, même au moment des efforts d'expulsion, nous n'avons pas compté plus de 90 pulsations par minute.

Les suites de couches, très attentivement surveillées, se passent sans incident. Aussi, en présence d'une situation aussi satisfaisante, ne trouvons-nous aucune raison de déconseiller l'allaitement. Celui-ci est continué régulièrement par l'accouchée et, loin de l'affaiblir, il paraît exercer sur sa santé une influence des plus favorables. Mme P. L... est devenue maintenant (début d'avril 1913) une personne robuste, aux formes plantureuses. *Son poids, qui était de 53 kilos au moment où survint cette bienfaisante grossesse, s'est élevé depuis jusqu'à 70 kilos.*

Quant au bébé, qui pesait 3200 gr. à sa naissance, il a déjà doublé son poids et n'a jamais jusqu'ici, présenté le moindre trouble pathologique.

Le mari de Mme P. L..., a du reste été tellement frappé de ces heureux résultats qu'il en est arrivé à redouter pour sa femme, l'époque du sevrage dont il se propose de faire reculer le plus possible l'échéance.

Décembre 1913. — Le bébé a été sevré sans incident à la fin de la première année. Mme P. L..., dont les règles

avaient réapparu pendant qu'elle nourrissait encore, est devenue enceinte quelques mois après. Elle se trouve arrivée maintenant au milieu de sa grossesse.

La santé n'a subi aucune altération nouvelle. Il y a eu cependant un peu d'amaigrissement au début de la gestation, mais les symptômes basedowiens ne se sont manifestés à aucun moment depuis l'époque de notre observation.

CHAPITRE IV

Conséquences

Dans ce chapitre, nous nous proposons d'énoncer quelques questions dont nous ne ferons qu'ébaucher la solution, car il paraît difficile de les résoudre d'une manière décisive.

Faut-il permettre le mariage aux jeunes filles atteintes de goître exophtalmique ?

Evidemment, la réponse serait positive si la grossesse améliorait toujours l'affection, et, loin de priver les jeunes femmes des joies de la maternité, on serait autorisé, suivant l'exemple de Charcot, à conseiller la fécondation comme le meilleur des remèdes. Mais si les cas favorables ont la majorité, il ne faut pas oublier que la littérature médicale nous en offre de moins rassurants. Nous avons déjà si-

gnalé les craintes des pessimistes et c'est le cas de répéter l'aphorisme que Peter avait formulé pour les cardiopathes et que Theilhaber avait appliqué aux basedowiennes enceintes : fille, pas de mariage ; femme, pas de grossesse ; mère, pas d'allaitement.

Lorsque la maladie de Basedow est née pendant une grossesse, est-il prudent de *permettre de nouvelles grossesses ? Faut-il laisser nourrir l'enfant par la mère ?*

La solution de tous ces problèmes ne paraît pas devoir être unique ; il suffit de lire les observations précédentes pour en être persuadé. A chaque cas particulier correspond une ligne de conduite spéciale.

D'une manière générale une distinction doit être établie entre les formes nettement caractérisées et les formes légères de la maladie de Basedow.

M. Bonnaire s'exprime ainsi : « Les accidents, comme d'ailleurs le développement de la maladie de Basedow au cours de la puerpéralité, sont trop rares pour qu'il y ait lieu d'y voir, en pratique, un élément de pronostic défavorable pour toute femme enceinte qui présente un simple développement accentué du corps thyroïde, et constituant une contre-indication à des grossesses ultérieures. »

Les formes graves du goître exophtalmique entraînant une atrophie de l'appareil génital, la question du mariage et de la grossesse ne se pose même pas, puisque la fécondation n'est même pas possi-

ble. Cependant, ce n'est pas une certitude et M. Pinard cite l'observation d'une jeune femme dont la menstruation était irrégulière et l'utérus demeurait infantile qui, soumise à un traitement approprié, fut fécondée à l'âge de 30 ans.

On peut, dans les formes légères, autoriser le mariage, mais toutes réserves étant faites sur l'évolution des grossesses ultérieures. Celles-ci, d'ailleurs, réclameront une surveillance constante et attentive de la part du médecin. Nous avons vu que Halliday-Croom permettait sans hésitation le mariage des basedowiennes. Le développement d'un goître pendant une grossesse n'impose pas nécessairement la proscription de toute conception ultérieure. Si les caractères de la maladie sont à peine ébauchés, si aucun accident ne s'est produit au cours de la première gravidité, il n'y a pas lieu d'en interdire une seconde, d'autant plus qu'une amélioration peut se produire.

Mais l'apparition d'accidents gravido-basedowiens à caractère grave impose des réserves sur les fécondations futures et M. Bonnaire, adoptant la formule de Theilhaber dit en parlant des goîtreuses enceintes : « Leur situation est la même que pour les cardiopathes qui ont été atteintes d'accidents gravido-cardiaques dès la première grossesse ; il est de règle de voir ceux-ci se renouveler avec un surcroît d'intensité au cours d'une gestation nouvelle. »

La question de l'allaitement se résoudra de la même façon. Dans certains cas, il est admirable-

ment toléré et il n'y a pas plus de raison de le déconseiller que d'interdire une nouvelle conception. M. Bonnaire, considérant que l'allaitement est le prolongement de la puerpéralité, l'interdit pour éviter le retour des accidents cardio-pulmonaires qui se sont produits pendant la grossesse et l'accouchement. « Il craint, en outre, d'ajouter les risques de l'atrophie utérine de lactation à ceux que comporte par cela même la maladie de Basedow. »

Faut-il opposer un traitement au goître pendant la grossesse ? Quel traitement convient-il d'instituer ?

Lorsque la grossesse et le goître évoluent normalement, sans incident, le traitement médical est celui qui doit être prescrit, comme si la grossesse n'existait pas. Les médications employées sont très nombreuses et ne donnent pas toutes des résultats identiques même dans des formes cliniquement semblables. Il semble difficile d'en fixer l'application et c'est en tâtonnant qu'on devra chercher le médicament qui convient. Telle malade se trouvera bien des sédatifs du système nerveux, comme les préparations à base de quinine et de valériane. Le salicylate de soude réussira mieux chez une autre. Le traitement opothérapique a donné des résultats discordants : l'opothérapie thyroïdienne ou parathyroïdienne, l'emploi d'extraits, ovariens, hypophysaires ou surrénaux tantôt réussit et tantôt échoue sans qu'il soit possible ni d'en prévoir l'effet,

ni d'en découvrir la cause. Dans le cas qui nous est personnel, l'hémato-éthyroïdine et le salicylate de soude ont amélioré à la longue l'état de la malade. Enfin, le traitement par les rayons X a donné de bons résultats.

Nous avons vu que Davis, Ward et Beebe donnent de l'extrait de corps thyroïde à toutes les goitreuses enceintes surtout lorsque leurs urines sont albumineuses ou quand elles ont des vomissements incoercibles.

Si les accidents gravido-basedowiens atteignent une intensité telle qu'ils mettent la vie de la malade en danger, il faut instituer une thérapeutique plus active et choisir entre l'intervention chirurgicale et l'intervention obstétricale.

M. Bonnaire, dans le cas de l'observation XIII, n'a pas hésité à choisir l'intervention obstétricale. Nous lui laissons la parole. « La grossesse doit être considérée comme l'élément fauteur de la complication grave ; c'est donc elle qu'il convient de supprimer avant tout. C'est le mode de sauvegarde le plus sûr pour la mère, le plus rapide et le plus aisé à appliquer ; si l'enfant est viable, c'est celui qui prend le mieux ses intérêts, en le soustrayant aux risques qu'il court du fait de l'asphyxie maternelle. »

« L'intervention chirurgicale d'urgence est d'ailleurs difficilement praticable chez une femme atteinte de congestion pulmonaire généralisée, d'affolement du cœur et de dyspnée autant mécanique que nerveuse ; l'emploi du chloroforme ou même

de l'éther est dangereux en ces conditions, et la déchéance aiguë est telle que le shock opératoire de thyroïdectomie ou de l'exothyropexie court grands risques de ne pouvoir être supporté. »

« Au cas où l'évacuation instantanée de l'utérus et la saignée copieuse n'amèneraient aucun amendement, on serait cependant acculé, comme ultime ressource, à la nécessité d'agir chirurgicalement sur le goître exophtalmique. Nous donnerions la préférence, comme acte moins traumatisant, à la ligature des artères thyroïdiennes ou à la section du sympathique cervical ; l'une et l'autre ont pu être pratiquées au cours de la grossesse, en dehors de toute urgence spéciale et à titre de curatif de la maladie de Basedow ; elles ont donné les mêmes résultats qu'en dehors de la puerpéralité. »

« Bien que la considération des risques du traumatisme dans la grossesse ne compte plus guère à l'heure présente, nous estimons qu'il est préférable de s'abstenir de toute tentative de cure chirurgicale au cours de la gestation. Il est toujours permis, en effet, comme le montre l'observation, d'escompter l'atténuation de la maladie de Basedow une fois la puerpéralité terminée. »

CONCLUSIONS

I. — Il existe un rapport fonctionnel entre l'appareil thyroïdien et l'appareil génital : l'expérimentation et la pathologie le prouvent. Les perturbations fonctionnelles de l'un ont un retentissement sur l'autre.

II. — La grossesse exerce une influence variable sur le goître exophtalmique, améliorante ou aggravante suivant les cas.

Ainsi un goître peut naître pendant la gestation. Un goître simple peut se basedowifier, et, la grossesse peut aggraver un goître préexistant.

Inversement, lorsque la maladie de Basedow existe antérieurement, elle peut subir une grande amélioration pendant la grossesse.

III. — L'action du goître exophtalmique s'exerce en deux sens sur la grossesse.

Quelquefois, elle provoque des avortements, des accouchements prématurés, des hémorragies de la délivrance et des suites de couches.

Plus souvent, la maladie de Basedow n'a aucune action et la grossesse évolue normalement.

Les suites de couches sont physiologiques et le nouveau-né n'a pas souffert.

IV. — Dans les cas de goître invétéré, l'avenir des femmes, en ce qui concerne la puerpéralité est incertain. Il semble donc alors plus prudent de déconseiller le mariage aux jeunes filles et de proscrire aux femmes de nouvelles grossesses.

Lorsque la grossesse est normale, on doit faire le traitement médical habituel du goître.

Les traitements chirurgical et obstétrical ne trouvent leur indication que dans les cas extrêmes, où la vie de la femme est en danger.

Vu le Doyen :

LANDOUZY.

Vu le Président :

PAUL BAR.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris :

LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ARAN. — Nature et traitement du goître exophtalmique, *Bulletin de l'Académie*, nov. 1860.
- AUDRAIN. — Essai sur une pathogénie commune aux lésions du corps thyroïde et des organes à fonction antitoxique.
- BAL. — Du goître exophtalmique. *Gaz. des Hôp.*, 1873.
- BAR. — Traité d'obstétrique (1913, p. 92).
- BEEBE. — Thyroïd Physiology in its relation to pregnancy *Amer. Jour. Obst. N.-Y.*, 1912 (1033-1036).
- BENICK. — Coexistence du goître exophtalmique avec la grossesse. In *Berlin Klin. Wochenshult*, 1876.
- BONNAIRE. — Auto-intoxication thyroïdienne au cours de la grossesse. *Bull. Soc. Obst. Paris*. Février 1898.
- BONNAIRE. — Maladie de Basedow et grossesse. *Presse Méd.*, 1910, p. 249.
- BUCQUET. — Goître exophtalmique et grossesse. *Th. Paris*, 1894-95.
- CARLSON. — The parathyroids and pregnancy. *Proc. Soc. Exper. Biol. et Méd. N. Y.*, 1912-13, 183.
- CHARCOT. — Mémoire sur une affection caractérisée par

- des palpitations du cœur et des artères, la tuméfaction de la glande thyroïde et une double exophtalmie. *Gazette Médic., de Paris*, 1856.
- CHARCOT. — Sur la maladie de Basedow. *Gazette hebdom.* Paris, 1859.
- CHARCOT. — Nouveau cas de maladie de Basedow. *Gaz. hebdom.* Paris, 1861 et 1862.
- CLÉRET. — Etude sur la pathogénie du goître exophtalmique. Th. Paris, 1911.
- DAVIS. — Thyroid disease complicating pregnancy and parturition. — *Bull. Lying-in Hosp. N. Y.*, 1912-13.
- EGER. — Contribution à l'étude de la maladie de Basedow. (*Deutsche medic. Wochenschrift*, 1881).
- FISCHER. — Mémoire sur le goître exophtalmique cachectique. — *Archives générales de médecine*, 1859, tome II.
- FREUND. — Inaug. Dissertatio. Strasbourg, 1882.
- FROMENT. — Cardiopathie valvulaire compliquée de basedowisme. Th. Lyon, 1906.
- FRUHINSCHOLZ et JEANDELIZE. — Insuffisance des organes parathyroïdiens et éclampsie. *Presse médicale*, 1909, 25 octobre.
- GALEZOWSKI. — Etude sur le goître exophtalmique. — *Gaz. des hôpit.*, 1873.
- GLEY. — Recherches sur la pathologie du goître exophtalmique : action cardiovasculaire des extraits de la glande thyroïde. *Journ. de physiol. et de pathol. génér.*, Paris, 1911, p. 955.
- GLEY et CLÉRET. — Recherches sur la pathogénie du goître exophtalmique : action cardio-vasculaire du sérum sanguin des malades atteints du goître exoph. *Ibid.*, 928-941.
- GIBSON (Charles). — Leçons cliniques sur le goître exophtalmique (*The Lancet*, 27 décem., 79).

- GRANCHER. — Goître exoph. — *Gaz. hôpit.*, 16 nov. 1881.
- GROS. — Etude sur le goître ex. (Th. Paris, 1883-84).
- HALLIDAY-CROOM. — Exopht. goître in its Relat. to obstétr., cl. — *Edinb. méd. Journal*, 1907, p. 393.
- HOEBERLIN. — Grossesse et maladie de Basedow. Centralblatt für Gynœk, 28 juin 1890.
- HERBERT MARION. — *Amer. Journal of obstetrics*. May 1909, p. 789.
- HUARD. — Goître exoph. (Th. Paris, 1861).
- JENKS. — Pregnancy following operation for exophthalmic goître with report of a case. — *Tr. Am. Ass. obst. et gynec.*, York, 1911, p. 513-515.
- JOFFROY. — Goître ex. et grossesse. *Union médicale*, mai 1892.
- KLEINWAECHTER. — « Wie ist der Genitalbefund bei morh. Basedowii ». *Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.*, 1889 t. XVI, p. 144.
- KRON. — « Die Basedow. Krankh. und der Geschlechtsleb. d. Weib. » *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1907, p. 1611.
- LACOSTE. — Contribution à l'étude du goître ex. — Th. Paris, 1877.
- LANGE. — « Die Beziehung. der Schilddrüse zur Schwangerschaft. » *Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.*, 1899, t. XI, p. 34.
- LAPARRA. — Goître et grossesse. Th. Paris, 1899-1900.
- MARIE. — Contribution à l'étude et au diagnostic des formes frustes de la maladie de Basedow. Th. Paris, 1883-84.
- MARKOE et WING. — The thyroid in pregnancy ; a report on an additional series of cases. — *Bull. Lying-in Hosp. N. Y.*, 1912-13, p. 96-103.
- MIGNON. — Contribution à l'étude de l'étiologie du syndrome de Basedow. — Th. Paris, 1895.

- MORGAN. — Goître complicat. pregnancy. — *Bull. of the Lying Hospit of city of New-York*, mars 1906.
- NICHOLSON. — Thyroid Extract in puerp. eclampsia. *Edinb méd. Journ.*, 12 mars 1902.
- NORDMAN et GARNIER. — Maladie de Basedow et grossesse. *Loire méd.* Saint-Etienne, 1910, p. 296.
- PARISOT. — Les conceptions nouvelles sur la pathogénie du goître ex. *Journ. méd. franç.* Paris, 1913, p. 93.
- PAPAZOLU. — Contribution à la pathogénie de la maladie de Basedow. — *Compte rendu Soc. Biol.*, Paris, 1911, p. 671.
- PASTRIAU. — Etude sur le goître dépendant de la grossesse et de l'accouchement. Th. Paris, 1876.
- PETER. — Cliniques médicales de Trousseau à l'Hôtel-Dieu, tome II, 1877.
- PINARD. — De l'expression symptomatique appelée goître exophtalmique dans ses rapports avec la fonction de reproduction chez la femme. *Ann. de gynéc. et d'obst.*, Paris, 1909, p. 257.
- RABEJAC. — Goître exoph. Th. Paris, 1869.
- REY. — De la cachexie exophtalmique dans ses rapports avec les affections utérines. (Th. Paris, 1877).
- RIVALIER. — Contribution à l'étude de la maladie de Basedow. Th. Paris, 1888-89.
- SAUVAGE. — Goître exoph. et grossesse. — *Bull. Soc. d'obst. et de gynec. de Paris*, 1912, p. 574.
- SEITZ. — « Eklampsie und. Parathyroïdien. » *Arch. f. gynock*, 1909, p. 53.
- SKUTSCH. — « Morb Basedovii und Schwangerschaft. » *Gesellochaft f. Geb. u. Gyneck. zu Leipzig. Cf. Zeutr. f. Gynock*, 1908, p. 817.
- SOUZA-LEITE. — *Progrès médical*, 1888, p. 156.
- TARNIER et BUDIN. — *Traité d'accouchement*, t, II, p. 9.

- TERRIER. — Etiologie du goître ex. Th. Paris, 1892-93.
- THEILHABER. — « Die Beziehung d. Basedow Krankh. »
Arch. f. Gynæk., t. XLIX, fasc. 1.
- TROUSSEAU. — In *Bulletin de l'Académie*, t. XXVI, p. 123.
- Du Goître, exoph. — *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1894.
- TROUSSEAU et PETER. — Note pour servir à l'histoire du goître exoph. *Gaz. hebdomadaire de Paris*, 1864.
- TURGIS. — Recherches et observations pour servir à l'histoire du goître exoph. (Th. Paris, 1863).
- VALLOIS. — Tumeur du corps thyroïde et grossesse. *Bull. Soc. d'Obst. de Paris*, 1911, p. 263.
- VILLENEUVE. — De la maladie de Basedow. Th. Paris 1876.
- VINAY. — Traité des maladies de la grossesse, 1894, p. 789.
- WARD. — The relation of the thyroid gland and thyroïdism to the toxemia of pregnancy. *Surg. Gynec. et Obst.*, Chicago, 1909, p. 617.
- A further report on the relation of the thyroïdism to the toxemia of pregnancy. *Am. J. Obs. N. Y.*, 1912, p. 275.
- WOODCOCK. — Case of exophtalmic goître mainly associated with the puerperium. *Brit. M. J. Lond.*, 1912, p. 716.
- WHITE. — Exophtalmic goître and pregnancy, labour and the puerperium. *J. Obst. et Gynec. Brit. Emp. Lond.*, 1911, p. 126.
-

